

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЖИДКОСТЯМИ РАЗЪЕДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА

Конахович И.И., Сачек М.М., Дыбаль А.Б., Федосеев Д.И.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»,*

УЗ «Витебская областная клиническая больница»

Актуальность. Частота ожоговых поражений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта возрастает с расширением применения химических веществ в быту. Эти поражения развиваются вследствие случайного или преднамеренного проглатывания едких веществ [6]. ООВРД, занимающие третье место в структуре госпитализации больных с острыми отравлениями, нередко служат причиной длительной нетрудоспособности, инвалидизации и летального исхода [5]. В связи с этим требуется изучение социальных и медицинских аспектов данной проблемы, совершенствование диагностики и своевременной этиотропной и патогенетически обоснованной терапии [3, 4].

Цель исследования: Установление особенностей клинического течения острых отравлений веществами разъедающего действия и характера поражений слизистой желудочно-кишечного тракта в зависимости от этиологического фактора.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 90 больных (33 женщины и 57 мужчин) в возрасте от 15 до 90 лет, проходивших лечение в отделении острых отравлений Витебской областной клинической больницы. Время с момента острого отравления веществами разъедающего действия до поступления в отделение острых отравлений составляло от 1 ч. до 48 ч. (в среднем составило $11 \pm 1,38$ ч). Для выявления особенностей клинического течения ООВРД в зависимости от этиологического фактора, пациенты были разделены на 6 групп в соответствии с классификацией Лужникова Е.А., Костомаровой Л.Г. [3]: кислоты - 30 больных, щелочи - 18 больных, растворители - 7, окислители - 5, неизвестные вещества разъедающего действия - 22, прочие вещества разъедающего действия (нитролак, раствор антинакипина, чистящие средства и другие) - 8.

Всем больным проводилось общепринятое клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включающее объективное обследование, общий анализ крови, биохимический анализ крови (общий и прямой билирубин, мочевины, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ), свободный гемоглобин крови, общий анализ мочи, коагулограмму, фиброзофагогастродуоденоскопию [1, 2].

Результаты и обсуждение. Основными жалобами при ООВРД были боли в полости рта и горле, нарушение глотания, дискомфорт по ходу пищевода, боль в эпигастрии. Наиболее часто выше указанные жалобы отмечались у пациентов с острыми отравлениями окислителями (100 % больных) и кислотами (93,3 % больных). Значительно реже жалобы подобного рода отмечались у больных с отравлениями, вызванными растворителями (от 14,3 % до 71,4 %).

Нарушение психического статуса в виде возбуждения, беспокойства выявлено у 42,9 % больных с отравлениями растворителями и у 40 %- окислителями, в то время как заторможенность отмечена у 28,6 % пациентов с отравлениями растворителями и 27,8 % - щелочами. Отсутствие сознания наблюдалось только у пациентов при отравлении кислотами (20,3 %). При поступлении состояние алкогольного опьянения имело место у 46,7 % пациентов. Употребление ВРД с суицидальной целью встречалось у 50,5 % больных. Следует отметить, что наиболее часто алкогольное опьянение (50,3 %) и употребление ВРД с целью совершения суицида (34,2 %) имело место у пациентов с острыми отравлениями кислотами.

У подавляющего большинства пациентов при ООВРД наблюдались отек и гиперемия языка и зева, налет на языке и зеве. Исключение составили больные с отравлениями окислителями. Вместе с тем у всех больных этой группы при пальпации живота имела место умеренная болезненность в эпигастрии.

У ряда пациентов, при отравлении кислотами, щелочами, неизвестными ВРД, в патологический процесс вовлекались голосовые связки и отмечалась осиплость голоса (11,1-13,3 % случаев).

Анемия наблюдалась у больных с отравлениями кислотами, неизвестными ВРД, прочими ВРД (6,7 %, 12,5 % и 13,6 % больных соответственно).

Лейкоцитоз, а также сдвиг лейкоцитарной формулы влево наиболее часто отмечался при отравлениях кислотами (56,7 % больных) и щелочами (55,6 %). Ускорение СОЭ (от 20 до 50 мм/ч) наблюдалось наиболее часто у пациентов с отравлениями окислителями (60 % больных).

У больных с ООВРД была выявлена токсическая гепатопатия, характеризующаяся увеличением уже в первые сутки неорганоспецифических ферментов АЛАТ и АсАТ. Наиболее часто повышение АЛАТ (40 % больных) и АсАТ (60 % больных) имело место у пациентов с отравлениями окислителями. Однако, объективных данных об изменении функции печени при этом не было установлено. У 60 % больных отмечалось повышение уровня свободного гемоглобина в крови. Наиболее часто это имело место у пациентов с отравлениями

кислотами и окислителями (по 80 % больных в каждой группе). При этом уровень свободного гемоглобина до 0,5 мг% чаще был выявлен при отравлениях окислителями (80 % больных), от 0,5 до 1 мг% - при отравлениях кислотами (23,3 %), более 1 мг% - чаще при отравлениях щелочами (11,1 %). Повышение общего билирубина за счет прямой фракции имело место у большинства больных с ООВРД (86,7 %), наиболее часто при отравлениях кислотами (83,3 % больных).

Проявления токсической нефропатии чаще отмечались у больных с отравлениями прочими ВРД (87,5 %) и проявлялись лейкоцитурией, микрогематурией, протеинурией. Повышение уровня мочевины имело место наиболее часто у больных с отравлениями щелочами (55,6 %) больных и не было установлено при отравлениях растворителями. Повышение уровня креатинина встречалось лишь при отравлениях щелочами и только у 5,6 % больных.

В результате проведенного наблюдения не было выявлено значительных различий в клинических проявлениях при острых отравлениях кислотами, щелочами, растворителями, окислителями, неизвестными веществами разъедающего действия, прочими веществами разъедающего действия.

По данным ФЭГДС у всех пациентов было обнаружено поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Катаральный эзофагит наиболее часто встречался у больных с отравлениями кислотами (26,7 % больных), эрозивный эзофагит чаще наблюдался при отравлениях кислотами и растворителями (28,6 % и 30 % больных соответственно), эрозивно-фибринозный эзофагит был выявлен только у больных с отравлениями неизвестными ВРД (9 %) и щелочами (5,6 % больных), коррозивный эзофагит наиболее часто имелся у пациентов с отравлениями окислителями (60 % случаев) и с отравлениями прочими ВРД (25 %). Катаральный гастрит наиболее часто встречался у больных с отравлениями растворителями (71,4 %), геморрагический гастрит - при отравлениях щелочами (33,3 % больных), эрозивный гастрит чаще наблюдался при отравлениях щелочами (22,2 % больных), коррозивный гастрит - у больных с отравлениями прочими ВРД (25 %) и окислителями (40 %), при этом у каждого пятого пациента из последней группы наблюдалось кровотечение.

Таким образом, характер изменения слизистой оболочки пищевода и желудка зависел от этиологического фактора. Наиболее тяжелые поражения пищевода и желудка были выявлены при отравлениях окислителями - коррозивный эзофагит (60 % больных), коррозивный гастрит (40 %), кровотечение (20 % больных), кислотами - эрозивный эзофагит (30 % больных), щелочами - эрозивный гастрит (22,2 %).

Изучение исходов ООВРД показало, что выписка больных с выздоровлением имела место у 100 % больных при отравлениях окислителями и у 90,9 % больных при отравлениях неизвестными ВРД. Выписка из стационара с улучшением наиболее часто была отмечена у пациентов с отравлениями прочими ВРД (37,5 %). Среди переведенных в психиатрическую больницу для последующего лечения наиболее часто встречались пациенты с отравлениями кислотами (20 %). Только с отравлениями кислотами у 6,6 % больных отмечено формирование стриктур пищевода (3,3 %), тела желудка и пилородуоденальной зоны (3,3 %).

Общая летальность в анализируемой группе составила 3,3 %. Вместе с тем летальность у больных с отравлениями кислотами составила 6,7 % и 5,6 % - у больных с отравлениями щелочами.

Выводы. Клиническая картина при острых отравлениях различными веществами разъедающего действия не зависит от этиологического фактора.

Степень изменения слизистой оболочки пищевода и желудка зависит от этиологического фактора: наиболее тяжелые поражения пищевода и желудка отмечались при отравлениях окислителями, кислотами и щелочами.

Исходы заболевания зависели от этиологического фактора: наиболее часто неблагоприятные исходы наблюдались у больных с отравлениями кислотами и щелочами.

Литература:

1 Аруин, Л. И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л. И. Аруин, Л. Л. Капулер, В. А. Исаков. – Москва: Триада-Х, 1998. – С. 98 – 99.

2 Беляев, М. И. Эндоскопия в гастроэнтерологии / М. И. Беляев. – Светлогорск: Самоиздат, 1998. – 15-45 с.

3. Лужников, Е. А. Острые отравления: руководство для врачей / Е. А. Лужников, Л. Г. Костомарова. – Москва: Медицина, – 2000. – 308 с.

4. Рычин, Е. П. Рубцовые сужения пищевода после химических ожогов: диагностика, тактика, лечение, профилактика: методические рекомендации для врачей / Е. П. Рычин. – Санкт-Петербург, 1999. – 45 с.

5. Исходы острых пероральных отравлений химическими веществами прижигающего действия / С. Х. Сарманаев [и др.] // 2-й съезд токсикологов России: тезисы докладов, 10- 13 ноября 2003 г. – Москва, 2003. – С. 414- 416.

6. Волков, С. В. Химические ожоги пищевода и желудка (эндоскопическая диагностика и лазеротерапия) / С. В. Волков, А. С. Ермолов, Е. А. Лужников. – Москва: Медпрактика-М, 2005. – С. 8 – 11.